

УДК 616 – 007.64 + 616.34/ - 053.2/.5

Дивертикул Меккеля та його ускладнення в хірургії дитячого віку.

Є. М. Гриценко, М. І. Гриценко

Українська Медична Стоматологічна Академія, м. Полтава

Резюме. Узагальнено досвід лікування 114 дітей з патологією дивертикула Меккеля. У 52 дітей дивертикул Меккеля був випадковою знахідкою, у 25 викликав кишкову непрохідність, у 19 діагностовано дивертикуліт, у 12 – кровотечу з дивертикула Меккеля, у 6 дітей дивертикул був у складі грижового вмісту при пахових та ембріональних грижах. Всі діти з патологією дивертикула Меккеля одужали. Методом хірургічного лікування була субсерозна резекція. Запропоновано використання дивертикула Меккеля для декомпресії тонкої кишки при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини.

Ключові слова: дивертикул Меккеля, діти, субсерозна резекція, декомпресія тонкої кишки.

Дивертикул Меккеля и его осложнения в хирургии детского возраста.

Е. Н. Гриценко, Н. И. Гриценко

Украинская Медицинская Стоматологическая Академия, г. Полтава.

Резюме. Обобщен опыт лечения 114 детей с патологией дивертикула Меккеля. У 52 детей дивертикул Меккеля был случайной находкой, у 25 вызывал кишечную непроходимость, у 19 диагностирован дивертикулит, у 12 – кровотечение из дивертикула Меккеля, у 6 детей дивертикул был в составе грыжевого содержимого при паховых и эмбриональных грыжах. Все дети с патологией дивертикула Меккеля выздоровели. Методом хирургического лечения была субсерозная резекция. Предложено использование дивертикула Меккеля для декомпресии тонкой кишки при острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Ключевые слова: дивертикул Меккеля, дети, субсерозная резекция, декомпресия тонкой кишки.

Meckel's diverticulum and its complications in children surgery.

Y. M. Gritsenko, M. I. Gritsenko

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava.

Summary. The experience of treatment of 114 children with Meckel's diverticulum pathology has been generalized. Meckel's diverticulum was found by chance in 52 children, it caused acute ileus in 25 children, diverticulitis was diagnosed in 19 cases, intestinal bleeding was diagnosed in 12 cases, 6 children had diverticulum as a part of hernial sac

contents in inguinal and embryonic hernia. All children having Meckel's diverticulum recovered. The method of surgical treatment was subserous resection. The use of Meckel's diverticulum for intestinal decompression at acute surgical pathology of abdominal cavity organs has been offered.

Key words: Meckel's diverticulum, children, subserous resection, intestinal decompression.

Вступ. Дивертикул Меккеля (ДМ) - найбільш частий варіант аномалій неповної облітерації жовткової протоки. Ця аномалія є найрозповсюдженішою серед уроджених аномалій шлунково-кишкового тракту і зустрічається у близько 2% населення [18,19]. За секційними даними ДМ зустрічається в популяції у 2-3 % дітей [9]. В переважній більшості випадків ДМ є безсимптомним і виявляється як випадкова знахідка при різноманітних оперативних втручаннях на органах черевної порожнини. Ймовірність патологічних проявів при ДМ невелика ($\approx 4,2\%$) і значно знижується з віком [19]. Але в хірургії дитячого віку ДМ зустрічається досить часто і викликає ряд ускладнень (за різними даними у 25-40% носіїв цієї патології), серед яких найбільше значення мають кровотечі, дивертикуліт, інвагінація та інші види кишкової непрохідності [3]. На даний час накопичено значний досвід лікування цієї патології (один лише бібліографічний показник "Дивертикул Меккеля" [6] налічує 2454 праці, що були надруковані з 1700 по 1977 роки), але деякі питання діагностики та лікувальної тактики досі є суперечливими.

Матеріали та методи.

Ми володіємо досвідом лікування 114 дітей, у яких було виявлено ДМ. Хлопчиків було 75(65,8%), дівчаток 39(34,2%). Вік дітей коливався від 1 доби до 14 років.

Кровотеча з пептичної виразки ДМ спостерігалася у 12 (10,5%) випадках, кишкова непрохідність, викликана ДМ у 25 (21,9%) випадках, дивертикуліт виявлено у 19 (16,7%) спостереженнях, у 52 (45,6%) дітей ДМ носив безсимптомний характер та був випадковою знахідкою при хірургічних втручаннях на органах черевної порожнини з приводу іншої патології. У 3 дітей виявлено грижу Літре, у 3 новонароджених ДМ був вмістом грижового мішка при ембріональних грижах малих розмірів.

Результати та їх обговорення.

В 52 випадках ДМ виявився випадковою знахідкою при операціях на органах черевної порожнини: при апендектомії з приводу катарального апендициту (32 випадків), флегмонозного (10), гангренозно-перфоративного (2), в 2 випадках ДМ виявлено під час втручання з приводу первинного перитоніту, в 3 - при пошкодженні органів черевної порожнини, при неспецифічному мезентеріальному лімфаденіті (1),

розповсюдженому гнійному перитоніті (2). В 48 з цих випадків ДМ був видалений, причому в переважній більшості випадків при гістологічному дослідженні в стінці дивертикула визначалися ознаки вторинного запалення.

Гострий дивертикуліт виявлено у 19 дітей: у 11 - катаральний дивертикуліт, у 3 - флегмонозний, у 5 - перфоративний. Вважаємо необхідною ревізію тонкої кишки в кожному сумнівному випадку, при невідповідності клінічних проявів захворювання та морфологічних змін органів черевної порожнини під час операції. Так, в одному з наших спостережень, у дитини оперованої з приводу гострого катарального апендициту від ревізії невинновдано відмовилися. В післяопераційному періоді виникла клініка прогресуючого перитоніту, на рентгенограмі – ознаки вільного газу в черевній порожнині. Під час лапаротомії було виявлено гангренозно-перфоративний дивертикул Меккеля, гнійно-фібринозний перитоніт.

За даними Д. П. Чухрієнко (1958) серед різноманітних вад розвитку травного каналу, які можуть бути причиною кишкової непрохідності, ДМ займає перше місце і складає 1,7%[13]. У відділенні лікувалося 25 дітей з гострою кишковою непрохідністю викликаною ДМ. Странгуляційна кишкова непрохідність діагностовано у 12 пацієнтів: у 10 дивертикул Меккеля викликав внутрішнє защемлення, у 1- заворот петель тонкої кишки навкруг фіксованого дивертикула, у 1 - вузлоутворення. В 2 спостереженнях ДМ викликав явища часткової кишкової непрохідності. У 11 дітей було виявлено інвагінацію(тонкокишкову в 4 випадках та ілеоцекальну в 7).

При гострій кишковій непрохідності, що викликана ДМ, одним з основних етапів операції є декомпресія перерозтягнутого рідиною та газом привідного відділу кишки. Нами запропонований спосіб одномоментної декомпресії кишечника у хворих з ДМ (Пат. 7089 U України) [11]. Спосіб включає дивертикулотомію через верхівку дивертикулу, після чого через отриманий розтин до просвіту тонкої кишки вводять трубку з боковими отворами та за допомогою електровідсмоктувача проводять аспірацію вмісту на всьому протязі перерозтягнутого відділу кишки, після чого проводять видалення дивертикула відомими способами. Даний спосіб був використаний нами у 10 дітей.

Більшість авторів погоджується з думкою, що доопераційна діагностика патології пов'язаної з ДМ складна і не має суттєвого значення, бо не впливає на вибір лікувальної тактики. Виключенням є випадки кровотечі з пептичної виразки ДМ. В наших спостереженнях кровотечі з ДМ спостерігалися в 12 випадках. Клінічними проявами були симптоми кишкової кровотечі без вираженої болі в животі, ознаки анемії. У 10 випадках діагноз „дивертикул Меккеля, що кровоточить” був встановлений

до операції шляхом виключення інших джерел кровотечі. В 1 спостереженні пептична виразка з кровотечею ускладнилася пенетрацією в петлю тонкої кишки. В 1 випадку під час операції з приводу гострого флегмонозного апендициту було відмічено, що термінальний відділ здухвинної кишки заповнений темною кров'ю. При ревізії тонкої кишки було виявлено ДМ з кровотечею, останній видалено.

Суперечливі погляди викликає питання щодо необхідності видалення випадково знайденого при оперативних втручаннях ДМ. Більшість авторів зазначають, що незмінений ДМ при відсутності протипоказань та задовільному стані хворого належить видалити [2,3, 4, 7,8,12,13,15,17]. В той же час у хворих з розповсюдженим перитонітом дивертикулектомія вважається протипоказаною [2,3,7,8,16].

При перитоніті та кишковій непрохідності одним із основних етапів операції, за сучасними поглядами, є тривала декомпресія тонкої кишки [5]. А тому нами запропонований спосіб ентеростомії у хворих з ДМ (Пат. 7088 U України), що включає лапаротомію, фіксацію тонкої кишки до передньої черевної стінки, при якій ДМ через окремих розтин виводять і фіксують до передньої черевної стінки, відтинають верхівку і через неї виконують інтубацію тонкої кишки з послідовним закриттям кишкової нориці відомими способами [10].

При гострій хірургічній патології органів черевної порожнини, що була викликана ДМ, та необхідності в тривалій декомпресії тонкої кишки найбільш доцільним видається створення стоми з використанням самого ДМ. Крім того, навіть якщо ДМ є випадковою знахідкою при операціях з приводу гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, формувати стому при необхідності в кишковій декомпресії раціональніше саме з нього. Радикальне його видалення під час першої операції в умовах перитоніту може ускладнитися неспроможністю швів, а планове оперативне втручання для його видалення може виявитися досить складним при наявності вираженого злукового процесу. При використанні дивертикула для створення стоми виконується декомпресія і спрощується наступне видалення ДМ.

ДМ як вміст гризового мішка ембріональної грижі малих розмірів ми спостерігали в 3-х випадках. В даних випадках клінічно пуповина описується як „товста” і тому існує ризик її перев'язки разом з гризовим вмістом, що було відмічено нами в одному з наших спостережень. Для запобігання даного ускладнення нами запропонований спосіб перев'язки пуповини (АС № 1789205), що включає ретельну ревізію та роздільне перев'язування елементів пуповини [1].

Для видалення дивертикулу використовувалися наступні методики: субсерозна резекція дивертикула - 88 випадки (77,2%), клиновидна резекція - 8 випадків (7,0%),

сегментарна резекція - 10 випадків (8,8%), видалення дивертикула по типу апендектомії - 4 (3,5%). В 4 спостереженнях (3,5%) ДМ не видалявся (у двох новонароджених: з ембріональною грижею та защемленою паховою грижею; у дитини з первинним перитонітом (1) та розривом сигмовидної кишки (1)). Необхідність резекції була обумовлена некрозом ділянки кишки (5 випадків), перфорацією ДМ біля основи (3), пенетрацією ДМ в петлю тонкої кишки (1), змінами кишкової петлі, що несла дивертикул, при кровотечі (1).

Як основний метод оперативного втручання у дитячому хірургічному відділенні ДМКЛ широко використовується субсерозна резекція ДМ. Нами була модифікована операція запропонована І. Г. Скворцовим в 1962 році [14]. Відступаючи 0,5-1 см від основи дивертикула проводять циркулярний розтин серозного та м'язового шарів до слизової. З допомогою пінцету відшаровують серозу та м'язи від слизової оболонки. Слизова дивертикула дуже еластична, перев'язується кетгутом після роздавлювання затискачем, як апендикс при апендектомії. На серозно-м'язові клапті накладають окремі вузлові шви в поперечному напрямку. Спосіб вигідно відрізняється від відомих тим, що нема необхідності широко розкривати просвіт кишки, таким чином не інфікується черевна порожнина, операція менш травматична та більш проста ніж анастомоз в $\frac{3}{4}$ диаметру кишки. Може буде використана в кожному випадку, незалежно від ширини основи дивертикула.

В післяопераційному періоді ускладнення виникли у 7 дітей (6,1%): рання злукова кишкова непрохідність (2), тонкокишкова інвагінація (2), евентрація (2). В одному випадку після виконання субсерозної резекції, на початку її впровадження, післяопераційний період ускладнився неспроможністю швів. Діти були оперовані повторно, подальший післяопераційний період протікав без ускладнень.

Всі оперовані діти з патологією ДМ виписані по одужанню.

Висновки:

1. Невідповідність клінічних проявів захворювання та морфологічних змін органів черевної порожнини під час операції є показанням для проведення ревізії здухвинної кишки.
2. Методом вибору при видаленні ДМ є субсерозна резекція.
3. Можливе використання ДМ для забезпечення одномоментної або тривалої декомпресії тонкої кишки при гострій хірургічній патології органів черевної порожнини.

Література.

1. А. С. 1789205 СССР МКИ 5 А 61 В 17/42. Способ перевязки пуповины / Н. И. Гриценко (СССР). - №4787083/14; Заяв.17. 11. 89; Оpubл. 23. 01. 93. Бюл. № 3.
2. Акжигитов Г. Н., Хорошкевич Г. В. Ошибки и опасности при острых заболеваниях дивертикула Меккеля // Хирургия. – 1975. - №8. – С.101-106.
3. Библюк Й. І., Матіяш Я. В., Фофанов О. Д., Глагович М. В. Дивертикул Меккеля та його ускладнення у дітей // Шпитальна хірургія. – 2003. - №3. – С. 82-84.
4. Волков Е. Ю., Муравьев А. В. Хирургическое лечение дивертикула Меккеля // Советская медицина. – 1991. - №3. – С. 80-82.
5. Зайцев В. Т., Лупальцев В. И., Веллер Д. Г. Тактика хирурга при патологии, обусловленной дивертикулом Меккеля // Клиническая хирургия. – 1980. - №4. – С. 46-47.
6. Зелигман С. Б., Кулиш Н. И., Кирьякулов Г. С. Дивертикул Меккеля (библиографический указатель). – Донецк, 1979. – 128 с.
7. Ковальков В. Ф., Залогин К. А., Гаглоев В. М. и др. Диагностика и лечение дивертикула Меккеля у детей // Вестник хирургии. – 1994. - №3-4. – С. 44-47.
8. Марденов А. Б., Сафина Л. Г., Либерт А. А., Шамарин В. А. Дивертикул Меккеля в детском возрасте и его осложнения // Здравоохранение Казахстана. – 1988. - №10.- с.58-59.
9. Москаленко В. З., Грона В. Н., Литовка В. К. и др. Дивертикул Меккеля в ургентной хирургии у детей // Хірургія дитячого віку. – 2004. - №3(4). – С. 59-62.
10. Пат. 7088 U України, МПК 7 А61В17/00. Спосіб ентеростомії у хворих з дивертикулом Меккеля / Гриценко Є. М. (Україна). - №20040706320; Заявл. 29. 07. 04; Оpubл. 15. 06. 05. Бюл.№6, 2005.
11. Пат. 7089 U України, МПК 7 А61В17/00. Спосіб декомпресії тонкої кишки у хворих з дивертикулом Меккеля / Гриценко Є. М. (Україна). - №20040706329; Заявл. 29. 07. 04; Оpubл. 15. 06. 05. Бюл.№6, 2005.
12. Петухов И. А., Мартов Ю. Б., Аничкин В. В., Шмаков А. П. Дивертикул Меккеля в хирургии органов брюшной полости // Вестник хирургии. – 1982. - №11. – С. 145-149.
13. Ситковский Н. Б., Топузов В. С. Хирургия аномалий желточного протока у детей. – К.:Здоровья, 1989. – 96 с.
14. Скворцов И. Г. Асептическая краевая резекция кишки. // Хирургия. – 1962. - №3. – С.111-112.

15. Терехов С. Н., Осадчий А. И., Заря И. Л., Ключко В. Н. Дивертикул Меккеля в неотложной хирургической практике // Клінічна хірургія. – 2001. - №3. – С. 60-61.
16. Тихонов Ю. А., Мешков М. В., Садовников В. И., Егоров Л. М. Тактика лечения детей с дивертикулом Меккеля // Клиническая хирургия. – 1989. - №6. – С. 42-45.
17. Торопов Ю. Д. Хирургическое лечение дивертикула Меккеля // Хирургия. – 1989. - №10. – С. 77-79.
18. Aarnio P., Salonen I. S. Abdominal disorders arising from 71 Meckel's diverticulum // Ann. Chirurg. Gynaecol.-2000.-Vol.89, №4.-P. 281-284.
19. Martin J. P., Connor P. D., Charles K. Meckel's diverticulum // Ann. Fam. Physician. - 2000.-Vol.61, №4.-P. 1037-1044.

Гриценко Євген Миколайович, асистент курсу дитячої хірургії УМСА.

36038 м. Полтава, вул. Халтуріна д. 21 кв.6.

Тел. роб. 7-89-22; дом. 57-32-06.

E-mail: chenden@yandex.ru

.

Гриценко Микола Іванович, завідувач хірургічним відділенням ДМКЛ м. Полтава.

36038 м. Полтава, вул. Халтуріна д. 21 кв.6.

Тел. роб. 7-89-22; дом. 57-32-06.

E-mail: chenden@yandex.ru